

Edizione 2011- Condizioni economiche per l'erogazione gratuita o semi-gratuita del Telesoccorso-Telecontrollo Regionale

PER UTENTI SINGOLI :

A servizio GRATUITO

Il servizio è gratuito per i soggetti il cui reddito lordo annuo, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali, non supera l'importo di **€: 12.153,00**

B servizio SEMIGRATUITO: contributo di € 17,00 al mese

Il servizio è semi-gratuito per i soggetti il cui reddito lordo annuo, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali, non supera l'importo di **€: 18.230,00**

PER NUCLEI FAMILIARI :

C servizio GRATUITO

Il servizio è gratuito per i nuclei familiari (come risulta dallo stato di famiglia), il cui reddito medio rientra nei limiti sotto indicati.

Il reddito medio del nucleo si determina sommando i redditi di tutti i componenti, diviso per il numero degli stessi.

Tale reddito medio unitario ottenuto non deve superare, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali l'importo di **€: 12.153,00**

D servizio SEMIGRATUITO: contributo di € 17,00 al mese

Il servizio è semi-gratuito per i nuclei familiari (come risulta dallo stato di famiglia), il cui reddito medio rientra nei limiti sotto indicati.

Il reddito medio del nucleo si determina sommando i redditi di tutti i componenti, diviso per il numero degli stessi.

Tale reddito medio unitario ottenuto non deve superare, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali l'importo di **€: 18.230,00**

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL SERVIZIO SEMI-GRATUITO:

L'importo mensile di €17,00 si versa con frequenza trimestrale e posticipata (totale: € 51,00) a partire dal mese successivo all'installazione del Telesoccorso (es. installazione 03/01/2010; pagamento il 30/04/2010 per i mesi di : febbraio - marzo - aprile 2010)

Si può scegliere tra una delle seguenti modalità:

1) sul C/C postale N. 85770709 intestato a Regione autonoma Friuli Venezia Giulia Servizio di tesoreria

2) sul C/C bancario codice IBAN:

I	T	5	9	0	0	2	0	0	8	0	2	2	4	1	0	0	0	0	3	1	5	2	6	9	9
Paese	Codice Controllo	CIN	ABI				CAB				N. Conto Corrente														

intestato a **Unicredit di Trieste – Tesoreria della Regione Friuli Venezia Giulia.**

Indicare sempre la **causale: "Versamento sul Capitolo 644/E per il servizio Regionale di Telesoccorso – Telecontrollo, per i mesi di :-.....-.....)**

Note:

- Per "reddito lordo" si intende il reddito al lordo delle imposte di stato.
- L'indennità di accompagnamento va conteggiata ai fini del reddito.
- I limiti di reddito qui indicati si riferiscono al 2011 e sono strettamente correlati all'importo della **pensione minima erogata dall'INPS 2011 pari a € 467,43 lordi mensili.**
- comunicare al Distretto, mediante nuova compilazione del modulo di domanda, eventuali variazioni nel reddito intervenute successivamente, che abbiano effetto sull'erogazione gratuita o semi-gratuita.

**DOMANDA DI PRENOTAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO - TELECONTROLLO
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA (L.R. 26/1996) Edizione 2011**

Compilare in ogni parte e presentare al proprio Distretto Sanitario
o spedire al gestore: Tesan-Televita S.r.l. - P.zza S. Giovanni n. 6 - 34122 Trieste
numero verde per informazioni: **800/846079**

Al Distretto Sanitario di : _____ Azienda Sanitaria: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il ____/____/____

Residente a _____ Prov. (_____)

Indirizzo _____ n. _____ telefono: ____/____/____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di:

Telesoccorso - Telecontrollo

Custodia Chiavi con Pronto Intervento (solo nei capoluoghi di provincia e comuni limitrofi)

DICHIARA

la presenza dei seguenti **requisiti** (barrare quelli esistenti):

- di vivere solo/a
- di vivere in coppia (con il coniuge; con altri: _____)
- di non godere della presenza costante di persone in grado di intervenire prontamente a fronte di emergenze insorgenti
- di essere stato dimesso/a negli ultimi 6 mesi da una struttura ospedaliera (indicare quale _____)
- di essere in lista di attesa per il ricovero in casa di riposo
- di trovarsi nelle condizioni economiche per l'erogazione **gratuita o semi-gratuita** come da indicazioni sul retro del presente modulo di domanda (barrare la casella corrispondente):

A

B

C

D

- di essere stato informato ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili
- di accettare che i suoi dati vengano trattati e trasferiti all'interno del sistema sociosanitario regionale

SI IMPEGNA

- a comunicare al Distretto, mediante ripresentazione del presente modulo, eventuali variazioni nel reddito che abbiano effetto sull'erogazione gratuita o semi-gratuita.

data : ____/____/____ firma _____

PARTE RISERVATA AL DISTRETTO SANITARIO

Il Distretto Sanitario che accoglie la domanda è tenuto a **verificare la sussistenza dei seguenti requisiti** in carico al richiedente (barrare quelli esistenti):

- la situazione di rischio sanitario
- lo stato di parziale non autosufficienza
- il bisogno di assistenza post-ospedaliera
- la condizione di disagio e/o isolamento sociale

data : ____/____/____ firma _____